

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

306

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^{me} Catherine POPPEREK

TRAITEMENT

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

PAR LA

MÉTHODE DE RECALCIFICATION

(Méthode Ferrier)

Président : M. ROGER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (v¹^e)

1913

0103

306

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^{me} Catherine POPPEREK

TRAITEMENT

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

PAR LA

MÉTHODE DE RECALCIFICATION

(Méthode Ferrier)



Président : M. ROGER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS
ET DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Professeur de la Pathologie expérimentale et comparée

à la Faculté de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Arrivée au terme de nos études, nous considérons comme un agréable devoir de nous conformer à l'usage de remercier nos maîtres de la Faculté de Médecine de Paris et ceux de la Faculté de Montpellier, où nous avons commencé nos études médicales.

Nos remerciements iront tout d'abord à M. le professeur Roger, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons particulièrement à remercier M. le Dr Émile Sergent, médecin des hôpitaux de Paris, qui nous a permis de suivre des malades dans son service et qui a bien voulu nous donner ses observations personnelles et inédites.

Nous exprimons notre profonde reconnaissance à MM. les professeurs Landouzy, Delbet, Pozzi et Pinard, nos maîtres à Paris, et MM. les professeurs Forgne, Rauzier, Vires et Truc, nos maîtres de Montpellier, qui ont contribué à notre éducation médicale.

TRAITEMENT
DE LA
PÉRITONITE TUBERCULEUSE
PAR LA
MÉTHODE DE RÉCALCIFICATION

INTRODUCTION

La péritonite tuberculeuse peut se présenter sous des formes multiples, nous n'aurons surtout en vue que le traitement des formes chroniques, les formes aiguës évoluant trop rapidement pour bénéficier de la thérapeutique. Toutefois, nous ne voulons pas dire que la recalcification doive être négligée chez des malades atteints de tuberculose aiguë du péritoine, nous dirons simplement que chez eux ce mode de traitement sera aussi impuissant que les autres pour enrayer le cours de l'évolution bacillaire généralisée.

Chez des individus atteints au contraire de péritonite tuberculeuse chronique, le traitement bien approprié permet au malade, qui se défend déjà, de lutter davantage contre la maladie. On a indiqué de

très nombreux modes de traitements, qui pour la plupart ont fait leur preuve et permettent de raccourcir l'évolution de la bacillose et même de la guérir ; mais certains d'entre eux ne sont pas à la portée de tous les malades, et un traitement qui offrira comme garantie sa simplicité, sa facilité et son efficacité, sera certainement très utile à connaître.

C'est dans ce but que nous avons entrepris le traitement de la tuberculose péritonéale par la méthode de Ferrier, qui tout en permettant de guérir la localisation actuelle de l'infection, permet au sujet de modifier son terrain, de le recalcifier et empêche la poussée d'une nouvelle localisation qui pourrait se produire ultérieurement, comme le cas est fréquent.

Nous étudierons tout d'abord la méthode de recalcification de Ferrier, son principe et ses applications pratiques, nous verrons combien il diffère des traitements préconisés autrefois, dans lesquels une large part était donnée à la chaux, mais qui ne rapportaient pas comme résultats ce qu'on était en droit d'attendre.

Cette méthode étant employée avec succès dans les réactions mêmes de la plèvre, il est tout naturel d'en faire bénéficier les réactions sérieuses du péritoine.

Nous citerons à l'appui de notre thèse quelques observations qui nous paraissent tout à fait convaincantes, et qui permettent d'espérer une plus grande généralisation de la méthode. De même qu'on

l'emploie couramment dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, de même on l'utilisera dans le traitement de la péritonite tuberculeuse, lorsque plusieurs cas probants en auront signalé le succès.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT DE RECALCIFICATION

CHEZ LES TUBERCULEUX

L'origine de la recalcification remonte à 1783, époque à laquelle Fourcroy, le premier, employa le chlorure de calcium pour guérir la scrofule ; puis ce furent Cohen (1832), Defontenay (1846), Despinay (1860) et Hanemann (1870), qui préconisèrent la chaux dans la thérapeutique des affections tuberculeuses vers la même année. Jules Boyer (1869), attribuant la tuberculose à une décalcification du tissu pulmonaire, voulut la combattre par l'ingestion de carbonate, de phosphate de chaux et de bicarbonate de soude.

Mais c'est surtout avec le professeur Robin (1895) que l'on arriva à mieux connaître la déminéralisation des tuberculeux, et qu'on essaya de les reminéraliser.

Enfin P. Ferrier (1), ayant remarqué que les tuber-

1. *Guérison de la tuberculose*, par le Dr Ferrier, et ses communications à l'Académie de Médecine, Société médicale des Hôpitaux, Société de Biologie.

culx étaient plus que d'autres malades sujets à la carie dentaire, et que celle-ci apparaissait surtout au cours des poussées aiguës, s'accompagnant de perte du poids spécifique et de phosphaturie, chercha la manière de remédier pratiquement à cette décalcification, en rendant plus assimilables les sels de chaux que l'on ingère, et en empêchant la chaux contenue dans l'organisme de s'éliminer petit à petit.

La chaux s'éliminant par les reins et par l'intestin, il a mis en relief à l'appui de sa thèse la présence assez abondante de chaux dans les urines et les matières. En effet, lorsqu'on dose la chaux et la magnésie dans les urines d'un tuberculeux, on reconnaît que le taux en est beaucoup plus élevé qu'à l'état normal, comme l'ont souvent trouvé Robin et Bournigault.

De plus, on sait combien sont fréquentes au début de la tuberculose les entérites muco-membraneuses (1), et si l'on vient à faire l'examen chimique des fèces, on y décèle très souvent la présence de chaux.

Ajoutons à ceci les spoliations calcaires intestinales dans les entérites et les dyspepsies si bien étudiées par Lœper (2), et l'on comprendra combien

1. Sergent, *Presse médicale*, 19 novembre 1910.

2. Lœper, *les Spoliations calcaires intestinales dans les entérites et les dyspepsies ; leurs conséquences et leur traitement* (Société médicale des Hôpitaux, juillet 1910).

les pertes calcaires sont importantes chez les bacillaires.

Tous ces faits sont intéressants à noter parce qu'ils montrent bien la déperdition en chaux qui existe chez les malades tuberculeux. Ce sont des individus qui se déminéralisent, leur terrain se décalcifie et par conséquent devient moins apte à la défense contre le bacille. Si l'on passe en revue les différentes statistiques données par le professeur Robin, on constate que cette décalcification s'accroît en proportion directe de l'évolution des lésions ; légère à la période prétuberculeuse, elle augmente dans la tuberculose au premier degré, devient encore plus grande au deuxième degré ; il n'y a qu'à la troisième période de la tuberculose que la décalcification s'arrête, comme si « l'organisme avait déjà perdu dans les périodes précédentes tout ce qu'il pouvait perdre » (Robin).

	ÉTAT NORMAL		PRÉTUBERCULOSE		TUBERCULOSE 1 ^{er} DEGRÉ		TUBERCULOSE 2 ^e DEGRÉ		TUBERCULOSE 3 ^e DEGRÉ	
	par 24 h.	par kg.	par 24 h.	par g.	par 24 h.	par kg.	par 24 h.	par kg.	par 24 h.	par kg.
Chaux	0,281	0,0044	0,295	0,0052	0,379	0,0064	0,583	0,0113	0,156	0,0030
Magnésie	0,140	0,0022	0,254	0,0045	0,224	0,0041	0,266	0,0048	0,084	0,0017

Ces analyses du professeur Robin montrent d'une façon précise comment se fait la déminéralisation des tuberculeux. Elle porte sur tous les organes,

mais particulièrement sur les os, et cette ostéocie coexiste généralement, comme l'a bien montré Ferrier, avec une décalcification notable des dents : c'est pourquoi l'on rencontre si souvent des dents cariées chez les tuberculeux. Inversement, il a constaté que les sujets qui calcifiaient leur squelette durcissaient en même temps leurs dents.

C'est donc un fait acquis que les tuberculeux se déminéralisent et se décalcifient, et ce fait a une très grosse importance, car en remédiant à cette perte de chaux, on remet le sujet dans un état normal, on lui permet de se défendre contre le bacille de Koch.

Toutefois, nous ferons remarquer que la reminéralisation telle que l'a conçue le professeur Robin, et la recalcification de Ferrier ne sont pas identiques, puisque dans la première on emploie l'acide phosphorique et les phosphates acides qui sont des agents de décalcification.

Lorsque l'on fait l'autopsie de malades autrefois tuberculeux, guéris de cette tuberculose et morts d'une autre affection, on constate que les vieilles lésions tuberculeuses sont cicatrisées ; on les aperçoit sous forme de noyaux durs, calcaires, encerclant parfois un point ramolli et plein de pus. Ces nodules de cicatrisation sont en effet le mode de guérison de foyers tuberculeux, si l'individu atteint est assez fort pour se défendre, et si le bacille de Koch n'est pas disséminé de tous côtés (bacillémie, granulie), s'il est seulement localisé en un point du

poumon ou ailleurs, l'organisme pour se défendre contre l'extension du foyer apporte continuellement de la chaux autour de ce foyer comme s'il voulait emprisonner les germes de la maladie et les empêcher d'envahir le reste de l'organe. Si le sujet est résistant, s'il possède assez de chaux, il aura vite enrayé le mal et aura mis à l'abri le reste des viscères. Mais il n'en est pas moins vrai que les germes sont enfermés et non détruits : si ultérieurement à la suite d'une maladie infectieuse, d'une grossesse surtout (Sergent) la malade se décalcifie, la barrière précédemment établie tombe plus ou moins rapidement, et l'envahissement secondaire de l'organisme par le bacille se produit alors. C'est ainsi que peut s'expliquer le réveil des lésions tuberculeuses précédemment améliorées ou guéries. Ces phénomènes montrent bien l'importance qu'il y a pour les tuberculeux ou les prédisposés à conserver la chaux ou à en acquérir s'ils n'en ont pas assez.

La recalcification diffère donc des autres médicaments institués contre la tuberculose, en ce fait qu'elle est avant tout une thérapeutique destinée à modifier le terrain du tuberculeux ou pré-tuberculeux. D'une part, le bacille de Koch et ses toxines introduits dans l'organisme ont pour effet de décalcifier les individus chez lesquels ils produisent leurs ravages, et d'autre part cette décalcification est un moyen de défense contre eux qui s'en va petit à petit... il y a donc grand intérêt à lutter contre cette élimination calcaire. Fortifier le terrain du tuberculeux, c'est le

guérir en partie ; évidemment, s'il s'agit d'une tuberculose aiguë, toxhémie ou bacillémie, l'élimination est si rapide, l'attaque est si forte, que la lutte devient impossible ; mais lorsque l'infection se localise, lorsqu'elle semble de virulence légère ou moyenne, le terrain prend la place prépondérante, puisque c'est lui qui permet la défense et la cicatrisation.

La thérapeutique idéale serait évidemment d'associer ce traitement par le terrain, au traitement spécifique (tuberculinothérapie ou sérothérapie) ; malheureusement, ce dernier n'est pas encore au point. D'ailleurs, en ce qui concerne notre sujet, ces moyens spécifiques ne semblent pas nécessaires. La péritonite tuberculeuse chronique est en général une tuberculose d'intensité moyenne, évoluant lentement et permettant aux sujets de lutter contre l'agent causal : les formes aiguës, rapides, généralisées ne peuvent évidemment pas profiter de cette cure de terrain, mais ce sont des formes plutôt rares, et dans la grande majorité des cas la tuberculose du péritoine est une tuberculose de virulence atténuée, contre laquelle le traitement de recalcification aura le temps et le pouvoir de combattre avec succès.

Reste à savoir comment doit se faire cette recalcification. Il y a longtemps, comme nous l'avons vu plus haut, que l'on a cherché à donner de la chaux aux tuberculeux.

Autrefois on prescrivait de la chaux, et l'on recommandait aux malades la suralimentation. Il arrivait alors que ceux-ci avaient des troubles gas-

triques et intestinaux, il se produisait dans le tube digestif des fermentations continuelles qui entravaient le travail d'assimilation, et la chaux était éliminée sans avoir été absorbée, sans avoir profité au sujet. On recommandait également l'huile de foie de morue et bien d'autres graisses, qui rendaient, elles aussi, inabsorbable la chaux que l'on faisait ingérer. Sans doute des malades guérissaient ainsi, parce que quelques-uns d'entre eux possédaient un estomac et un intestin capables de supporter la suralimentation, mais ce n'était pas la majorité, attendu que la plupart des tuberculeux ont dès le début des troubles dyspeptiques qu'une telle médication ne fait qu'aggraver ; on sait en particulier combien ces troubles intestinaux sont fréquents dans la péritonite tuberculeuse, puisque bien souvent c'est l'entérite tuberculeuse qui crée la péritonite. On ne s'étonnera donc pas d'avoir vu échouer la suralimentation dans le traitement de cette maladie, bien qu'on l'ait associée à un traitement calcaire.

Aujourd'hui que l'on se rend mieux compte des transformations chimiques dans le tube intestinal, on peut améliorer la recalcification et lui faire donner tout ce que l'on attend d'elle : c'est ce qu'a bien mis en valeur Ferrier dans son traitement.

• Il faudra donc d'abord soumettre le tuberculeux à un régime alimentaire qui ne nuise pas à son tube digestif, et qui ne contrarie pas l'assimilation de la chaux ; il faut donc supprimer toute espèce de sura-

limentation, et espacer suffisamment les repas de façon à rendre les digestions plus faciles.

Il ne s'agit pas de donner de nombreux aliments, il ne faut donner que la ration nécessaire, celle qui ne fatiguera pas le tube digestif et sera bien absorbée ; il vaut mieux que le malade ingère peu, mais qu'il assimile complètement tout ce qu'il prend, il en retirera ainsi le plus grand bénéfice.

Il est indispensable également que les aliments soient choisis de telle sorte qu'ils ne nuisent pas à l'assimilation de la chaux, et c'est une des conditions principales sur lesquelles insiste Ferrier. Il faut éliminer du régime les graisses et les acides, qui empêchent cette assimilation ; l'acidité de l'organisme est en effet une des principales causes de décalcification, les acides détruisant le phosphate de chaux. Or, le sang des tuberculeux possède déjà une réaction alcaline, il faudra donc éviter l'ingestion d'aliments acides qui aideraient à la décalcification, il faut donc proscrire les médicaments acides, en particulier il faut s'abstenir de donner à des malades de ce genre des ferments lactiques, comme l'a bien montré Sergent. Les tuberculeux doivent également s'abstenir de tous les aliments qui provoquent des fermentations et par suite de l'acidité. Ils devront donc rejeter les produits qui favorisent la stase gastrique, origine de nombreuses fermentations. C'est à ce titre que doivent être écartées les graisses et les huiles, les aliments indigestes, les alcools. Le pain ne sera pris qu'en petite quantité, étant donné qu'il détermine

par sa présence la mise en liberté d'acide chlorhydrique libre (Hayem); il contient beaucoup de levure de bière et provoque d'abondantes fermentations acides. On devra donc combattre les fermentations gastro-intestinales, qui sont le plus souvent provoquées par la suralimentation, l'irrégularité des heures de repas et l'insuffisance des intervalles qui les séparent.

« La technique générale de la cure de recalcification est basée, dit Sergent, sur deux conditions connexes, d'égale importance :

» 1° Elle doit s'opposer à toutes les spoliations calcaires;

» 2° Elle tend à réparer les pertes de chaux déjà subies en introduisant dans l'organisme des sels de chaux susceptibles de s'y fixer. »

Enfin, à côté de ce régime indispensable, on doit décider le choix des sels de chaux ; on donnera la préférence aux sels insolubles, carbonate et phosphate tribasique ; les sels bi et mono-calciques trop solubles ne sont pas absorbés et s'éliminent trop vite. On évitera de même l'emploi du sulfate de chaux qui, au lieu de donner de la chaux, agit par son acide et provoque des pertes de chaux (Ferrier).

Ces principes ayant été posés, nous allons donner en détail les prescriptions qui sont la base du traitement de recalcification de Ferrier, telles que nous les avons vu appliquer dans le service du Dr Sergent (hôpital de la Charité).

TRAITEMENT DE RECALCIFICATION

1° *Régime*. — Ne prendre que 3 repas par jour, et ne rien prendre dans les intervalles, sauf du lait ou de l'eau bicarbonatée calcique.

Recommander le pain grillé ou la croûte, en restreignant la quantité, 200 à 300 grammes de pain par jour, préférer le pain complet.

Prendre surtout des potages épais, potages aux bouillies, bouillon de légumes, bouillon de viande dégraissée.

Ajouter les œufs, les laitages, les pâtes alimentaires (riz, nouilles, macaroni), les rognons, le ris de veau.

Les légumes seront permis surtout en purée, et parmi eux choisir de préférence les pommes de terre, les pois cassés et les carottes, les haricots.

Comme viandes, conseiller les viandes grillées ou rôties, 150 à 200 grammes à chacun des deux principaux repas : la viande crue sera donnée au besoin. De cette alimentation, il faudra supprimer les sauces (excepté la sauce blanche) et les remplacer par la crème.

Le sujet mangera à sa faim, sans jamais se suralimenter.

On défendra les *graisses et les acides*, c'est-à-dire les aliments gras, la friture, le bouillon non dégraissé ; le beurre ne sera permis qu'en petite

quantité, à l'anglaise; on supprimera les salades et les mets vinaigrés, les oranges, les citrons, orangeades, limonades, etc., les cornichons, l'oseille; de même les produits fermentés (fromages fermentés et gibier).

On déconseillera le vin, le cidre, la bière, les liqueurs. On recommandera comme boisson l'eau de Saint-Galmier ou l'eau de Pougues (Saint-Léger), un à deux verres seulement pendant le repas, mais surtout un grand verre de cette eau bicarbonatée calcique trois quarts d'heure avant le repas, ce qui est un excellent adjuvant pour la digestion et la recalcification.

2° *Prescriptions médicamenteuses.* — La seconde partie du traitement comprendra l'absorption des sels de chaux : elle consiste à prendre au milieu des repas, trois fois par jour, un des cachets ou paquets suivants :

Carbonate de chaux.....	10 gr. 30
Phosphate de chaux tribasique...	10 gr. 50
Chlorure de sodium.....	10 gr. 15
Magnésie calcinée.....	10 gr. 10

Si le malade est sujet à la diarrhée, on supprimera naturellement la magnésie calcinée.

Au lieu de prendre cette poudre en cachets, on peut en avoir une assez forte provision, en conservant les mêmes proportions : le malade en prendra sur la pointe de son couteau de façon à en avoir une

quantité représentant le volume d'une grosse noisette, et il prendra cette poudre soit dans le potage, soit dans un peu d'eau.

En cas d'échec du traitement, ou si l'efficacité ne s'en faisait sentir que lentement, on y adjoindrait du *chlorure de calcium* à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour de *préférence en solution*. On l'emploiera particulièrement dans les formes aiguës avec amaigrissement rapide et hémoptysie.

3° *Médicaments adjuvants.* — Tel est le fond du traitement Ferrier, mais il ne faut pas oublier qu'on peut y ajouter d'autres médicaments si l'indication s'en fait sentir. Toutefois, on se rappellera que certains d'entre eux sont contre-indiqués : huile de foie de morue, ferments lactiques, lactéol, sirop iodotannique.

Au contraire, on trouvera souvent avantage à compléter le traitement de temps en temps par une cure arsenicale (injection de cacodylate de soude 0 gr. 05 pendant dix jours, puis repos).

De même il est un point sur lequel M. Sergent a particulièrement insisté, c'est l'adjonction au traitement Ferrier du chlorhydrate d'adrénaline qui favoriserait la fixation de la chaux (1) et qui relève la tension artérielle si souvent défaillante chez les tuberculeux.

C'est ainsi que M. Sergent « cherche à compléter

1. Sergent, *Presse médicale*, 19 nov. 1910. — *Paris médical*, 1912.

le traitement de recalcification de Ferrier par l'administration d'adrénaline. Il a appliqué cette méthode tout d'abord dans la tuberculose et dans les cas les plus variés (tuberculose pulmonaire, tuberculose osseuse, tuberculose des séreuses, tuberculose ganglionnaire), puis il l'a appliqué en dehors de la tuberculose à tous les états physiologiques ou morbides dans lesquels il est indiqué de combattre par une recalcification intensive les effets de la décalcification parfois profonde et continue, tels que la grossesse, la croissance exagérée, le surmenage nerveux. Dans tous ces cas, il a observé d'une façon à peu près constante, que les spoliations calcaires et les indices de recalcification se manifestaient beaucoup plus rapidement qu'avec le traitement simple, non adrénalinée, de Ferrier; les résultats sont surtout évidents dans la grossesse, la croissance, les tuberculoses péritonéales et osseuses de l'enfance » (cure de recalcification).

L'adrénaline sera prescrite à la dose quotidienne et fractionnaire de 1 à 2 milligrammes de chlorhydrate d'adrénaline au millième (XX à XL gouttes).

CHAPITRE II

LE TRAITEMENT DE LA RECALCIFICATION

EST PARTICULIÈREMENT UTILE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Dans le chapitre précédent, nous avons montré en quoi consiste le traitement de recalcification et comment on est arrivé à l'appliquer logiquement aux tuberculeux ; il convient maintenant de savoir si ce traitement est applicable d'une façon efficace à toutes les formes de la bacillose, et en particulier à la péritonite tuberculeuse.

Lorsque l'on étudie les résultats fournis par la recalcification dans la tuberculose en général (1), on constate aisément que les meilleurs s'observent dans les tuberculoses lentes et peu avancées au point de vue local : ce sont les tuberculoses au premier degré et au deuxième degré, c'est surtout la prétuberculose qui bénéficie de la médication recalcifiante, les formes aiguës et les formes cavitaires sont au contraire, peu ou pas améliorées. « L'action locale sur le poumon, dit Colin (2), peut être curatrice aux périodes de germination, de conglomération et de

1. Sergent, *loc. cit.*

2. Colin, thèse de Paris, 1910.

ramollissement discret. En cas de lésions avancées, sauf exception, elle paraît faible, mais les modifications de l'état général et des fonctions digestives n'en sont pas moins nettes. »

Ceci, d'ailleurs, se comprend aisément, puisque ce traitement est surtout un traitement de terrain, qui, par conséquent, ne peut agir que lentement : si le bacille de Koch et ses toxines sont trop virulents, la recalcification à elle seule ne peut que retarder l'échéance finale, il faudrait qu'elle soit aidée par une médication spécifique plus rapide et plus efficace. Or, si nous mettons à part les formes aiguës et suraiguës de la péritonite bacillaire qui, d'ailleurs, ne sont pas les plus fréquentes, nous pouvons dire que dans la plus grande majorité des cas, la péritonite tuberculeuse chronique est une forme atténuée de tuberculose : elle évolue lentement, survient de manière silencieuse, torpide, qui la fait même passer inaperçue au début, de telle sorte qu'on la découvre au moment où elle se caractérise par des signes déjà nets, mais établis déjà depuis longtemps. C'est une affection relativement bénigne, s'accompagnant de fièvre peu élevée, n'altérant pas l'état général d'une façon très accentuée. Ainsi, l'ascite essentielle des jeunes filles ou ascite libre tuberculeuse, évolue sournoisement, sans douleur, sans gêne : lorsqu'elle est tout à fait établie, elle reste longtemps stationnaire, et si la malade se soigne véritablement, il est assez fréquent d'obtenir une guérison plus ou moins complète.

Il est vrai que ce n'est pas la seule forme de péritonite tuberculeuse, les formes ulcéro-caséuses et fibreuses marquent une étape de plus dans l'évolution des lésions ; dans la forme ascitique, il ne s'agissait en somme que d'une inflammation généralisée du péritoine, mais sans lésions profondes ; dans ces formes, au contraire, les lésions se caractérisent davantage. On voit apparaître des tubercules qui se rassemblent, se ramollissent et s'ulcèrent ; dans d'autres cas, c'est une étape vers la guérison, vers la cicatrisation par l'envahissement du processus fibreux. Mais, même si nous considérons la forme ulcéro-caséuse, nous nous voyons en présence d'une tuberculose chronique évoluant avec assez de lenteur pour permettre de modifier le terrain.

En somme, la forme ascitique et la forme ulcéro-caséuse peuvent aisément être comparées aux formes d'induration et de ramollissement de la tuberculose pulmonaire, qui bénéficient toutes deux du traitement Ferrier.

C'est surtout la forme ascitique qui paraît le plus justifiable du traitement récalcifiant ; non seulement, on peut la comparer à la phase d'induration de la tuberculose, mais surtout et plus justement, on doit la rapprocher de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, de la pleurésie a frigore « qui n'a pas fait ses preuves ». Comme dans celle-ci, c'est un épanchement inflammatoire torpide, libre, possédant une formule cytologique semblable, lymphocitaire ; c'est une affection augmentant progressivement, puis sta-

tionnaire, et rétrocedant lentement; comme elle, c'est souvent une des premières manifestations de la tuberculose; précèdent même l'apparition de la tuberculose pulmonaire; car on sait que, bien souvent, ce qui fait préjuger de la nature d'une ascite libre chez une jeune fille, c'est la coexistence de lésions pleurales au niveau des bases, alors qu'on ne trouve aucun signe révélateur au niveau des sommets.

L'ascite tuberculeuse est donc superposable à la pleurésie séro-fibrineuse; or, celle-ci est une des formes de tuberculose la plus heureusement influencée par la méthode de Ferrier.

Comme l'a bien montré Sergent, et comme nous l'avons souvent remarqué dans son service, l'épanchement régresse plus vite, la fièvre ne persiste pas, l'appétit revient rapidement, les forces augmentent, l'évolution semble raccourcie bien plus rapidement qu'en traitant le malade par d'autres traitements. Les observations recueillies dans la thèse de Colin semblent d'ailleurs également démonstratives à cet égard. Il est donc tout à fait logique, lorsque l'on connaît ces faits, d'employer la même thérapeutique pour guérir la péritonite tuberculeuse.

Il est une forme, cependant, dans laquelle il nous semble inutile de proposer la recalcification, c'est la forme fibreuse. En effet, celle-ci est une forme de guérison pour laquelle le traitement Ferrier ne ferait qu'accentuer les inconvénients occasionnés par les brides et les rétractions fibreuses; il n'est pas nécessaire de dépasser le but, car il peut y

avoir désavantage à trop recalcifier des individus. S'ils sont guéris, il faut s'abstenir, tout en observant, de façon à ne pas être surpris, si une nouvelle poussée tuberculeuse se fait sentir.

Mais cette restriction mise à part, il nous semble que la péritonite tuberculeuse n'a qu'à gagner au traitement de la recalcification.

On peut d'ailleurs trouver d'autres raisons pour proposer ce traitement dans cette affection. N'est-il pas décrit partout que l'origine de la péritonite tuberculeuse siège dans l'intestin ? Ne savons-nous pas qu'elle s'accompagne très fréquemment de troubles intestinaux plus ou moins graves ? Or, certains auteurs, en particulier Philibert (1), semblent voir dans ces troubles une contre-indication. Nous ne saurions être du même avis. Sans doute, des doses très fortes et longuement répétées de chlorure de calcium fatiguent l'intestin et pourraient accentuer la diarrhée déjà existante ; mais le chlorure de calcium n'est pas tout le traitement de recalcification, nous avons montré que le plus souvent il n'est donné qu'à titre adjuvant dans les formes graves, justement à cause des troubles qu'il provoque. Il est très rare de voir survenir des troubles digestifs avec le phosphate trialcique et le carbonate de chaux. Le plus souvent, le traitement Ferrier ne comprend que son régime spécial et l'emploi de carbonate et de phosphate de chaux ; c'est ainsi qu'ont été traitées

1. Philibert, *Progrès médical*, 9 mars 1912.

les péritonites tuberculeuses dont nous rapportons les observations, et loin de produire des troubles intestinaux, il améliore le plus souvent ceux qui existaient précédemment ; ce n'est d'ailleurs pas spécialement à la péritonite tuberculeuse, et chez tous les auteurs qui ont étudié le rôle de la recalcification dans la tuberculose pulmonaire, nous avons vu noter l'amélioration des troubles digestifs.

Donc, loin d'être une contre-indication, les troubles gastro-intestinaux, pour ainsi dire constants dans la péritonite bacillaire, font penser à choisir le traitement de Ferrier pour les combattre, ainsi que pour guérir l'affection qu'ils ont déterminée ou qui les accompagne. « La décalcification massive entraîne un retentissement profond sur les actes digestifs, en frappant en quelque sorte d'inertie fonctionnelle certaines glandes digestives de première nécessité et en particulier le pancréas. Il paraît bien établi aujourd'hui, ainsi que l'a constaté Delézenne, que les sels de calcium activent fortement le suc pancréatique. On sait que dans ces dernières années, on a vanté les bons effets de l'extrait pancréatique dans le traitement de la tuberculose (Lœper et Esmonnet). Pour ma part, dit M. Sergent, et en cela je partage l'opinion de Justin Roux, je crois que l'extrait pancréatique est parmi les ferments digestifs celui qui joue le rôle le plus important dans la défense de l'organisme vis-à-vis des poisons caséifiants du bacille de Koch, mais j'estime qu'il ne peut agir efficacement que s'il est soutenu et achevé par une

recalcification intensive et prolongée » (Sergent). Si l'on compare la recalcification aux autres traitements dans la maladie qui nous occupe, on voit qu'il n'y a pas d'hésitation à garder. La suralimentation semble particulièrement être proscrite chez des individus dont les intestins ne sauraient supporter ce surmenage. Quels sont encore les avantages que l'on peut avoir en essayant le traitement Ferrier dans la tuberculose péritonéale ?

Le traitement de recalcification est un traitement des plus faciles et des plus simples, il est à la portée de tous les malades, ne nécessite pas de déplacements coûteux au bord de la mer ou à la campagne, il ne nécessite que le repos et le régime. C'est un grand avantage sur bien d'autres traitements. L'héliothérapie semble être depuis quelque temps particulièrement en faveur, elle donne de bons résultats, mais c'est une thérapeutique qui ne peut être appliquée partout et par tout le monde. Ce sont là des considérations secondaires si l'on veut, mais elles ont leur importance si l'on songe à la fréquence de la tuberculose et de la péritonite tuberculeuse dans les milieux pauvres.

Toutes ces raisons ne veulent pas dire que les autres traitements doivent être repoussés en présence d'une péritonite tuberculeuse, nous voulons seulement affirmer que c'est le traitement de choix parce qu'il a fait ses preuves déjà dans la tuberculose pulmonaire, dans la tuberculose pleurale tout à fait analogue à l'ascite tuberculeuse, parce qu'il possède

une action favorable sur les troubles digestifs si souvent en cause dans cette affection, enfin, parce que sa simplicité le met à la portée de tous les malades.

Ces considérations logiques sont telles qu'il était tout naturel d'essayer le traitement de recalcification dans la tuberculose péritonéale ; c'est la pensée qui a conduit à mettre les malades atteints de cette maladie au régime Ferrier.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nous donnons dans ce chapitre avec les plus nombreux détails possibles les observations que nous avons pu recueillir sur le sujet qui nous intéresse.

Nous tenons particulièrement à remercier le Dr Sergent, qui a bien voulu, nous donner deux observations personnelles et inédites, et qui nous a facilité la tâche en traitant dans son service deux malades dont nous avons pris l'observation, que nous publions dans cette thèse. C'est dans son service que nous avons appris à connaître le traitement de Ferrier, qui est appliqué sur un très grand nombre de malades tuberculeux, et c'est ainsi que nous avons pu apprécier tout le bien de cette médication dans un milieu qui n'est pourtant pas propre ordinairement à la guérison de la tuberculose.

OBSERVATION I

(D^r Courtellemont, *in* thèse de R. E. Colin, 1910.)

Péritonite ascitique légèrement cloisonnée

B..., quarante et un ans, infirmier.

Antécédents héréditaires. — Nuls : ni frères, ni sœurs, il n'a jamais été malade jusqu'en 1900 ; ne faisait pas d'excès alcoolique.

En 1900, il reçoit un coup de pied de cheval dans la poitrine et quelques jours après il cracha du sang. En 1901, il commence à tousser et depuis cette date toussera tous les hivers.

En janvier 1906, légère hémophysie. Malgré ces petits incidents, il se considérait toujours comme bien portant.

Phase de péritonite tuberculeuse. Mais à partir du mois de février 1907, ses forces diminuèrent, l'appétit fut moins bon, le matin survenaient quelques vomissements piteux ; il maigrit, enfin il toussait comme tous les hivers. Puis des douleurs de ventre intermittentes, se montrèrent, la diarrhée s'installa, et vers le milieu de mai, il dut, faute des forces, abandonner son travail et se coucher (15 mai 1907). État à ce moment : sans forces, sans appétit, il vomit de temps en temps le matin, ayant une diarrhée abondante et liquide ; il est sans cesse baigné de sueurs qui l'épuisent : sa température atteint 39 degrés tous les soirs, il a beaucoup maigri. Il se plaint en outre d'une sensibilité du ventre plutôt que de douleurs vraies ; enfin il s'inquiète du gonflement de l'abdomen.

A l'examen, l'abdomen est volumineux, surtout dans la partie sous-ombilicale, sans atteindre le développement des grandes ascites ; l'ombilic n'a subi qu'un commencement de déplissement. Il existe une sensibilité à la pression, répartie dans tout le ventre, mais pas assez accentuée pour mettre obstacle à l'examen. On ne sent pas de gâteaux, mais l'abdomen a une consistance pâteuse très nette. Il est mat dans les flancs et la région sus-pubienne, mais la matité ne se déplace qu'incomplètement dans les mouvements de latéralité : la sensation de flot est à peine marquée : la rate est peu volumineuse, le foie normal.

Il tousse un peu et ne crache pas. L'auscultation fait constater un sommet droit un peu soufflant en arrière et au sommet gauche atteint d'induration et d'un début de ramollissement : expiration soufflante, quelques craquements humides à la toux.

Rien au cœur : ni sucre, ni albumine dans les urines.

Évolution. — Son état reste à peu près semblable pendant trois semaines ; au bout de ce temps, la diarrhée cessa et une tendance à la constipation s'installa ; la température se maintint près d'un mois à 39 degrés le soir ; elle baissa ensuite rapidement et, à partir de ce moment, l'état général fit de réels progrès vers l'amélioration. Déjà le ventre avait diminué de volume, n'était plus sensible, l'appétit était revenu peu à peu. Dans les premiers jours de juillet, la guérison paraissait complète, en ce sens, que les phénomènes péritonéaux avaient tout à fait disparu : le ventre est redevenu plat, normal, l'appétit était bon, les selles normales ; les forces étaient revenues ainsi que l'embonpoint ; il n'y avait plus de température, mais les lésions pulmonaires existaient toujours.

Évolution ultérieure. — Nous aurions voulu tenir le malade au lit encore plusieurs semaines, l'envoyer ensuite à la campagne, le faire renoncer à sa profession, et si possible, obtenir qu'il cessât désormais de travailler.

Mais nous ne pûmes rien obtenir de tout cela : la vie a ses exigences. Notre malade échappant à notre surveillance, se leva le 14 juillet 1907 (deux mois après s'être alité), il reprit ses fonctions le 1^{er} août : il avait toute sa force, il se considérait comme guéri.

Son état reste bon jusqu'au mois de mars 1908. A cette date, il recommence à perdre ses forces, maigrit ; la toux augmente, la fièvre apparaît le soir ; et tous ces symptômes, loin de céder, ne firent qu'augmenter. Au mois de juin, il dut s'aliter. Les lésions étaient exclusivement pulmonaires, le péritoine et l'intestin ne participaient nullement au tableau morbide. Le sommet droit était le siège d'un léger ramollissement et le sommet gauche était occupé par un foyer de ramollissement assez étendu.

Cette tuberculose pulmonaire fébrile ne fit que s'aggraver et au mois d'octobre 1908, une méningite tuberculeuse à prédominance délirante le tua en vingt-quatre heures. Pendant cette période de sa maladie, c'est-à-dire de mars à octobre 1908, les lésions furent exclusivement pulmonaires ; à aucun moment ne reparut la péritonite tuberculeuse, celle-ci était restée guérie.

Le traitement de la péritonite fut celui indiqué dans cette thèse (Colin, 1910. Traitement Ferrier). Une fois rétabli de sa péritonite, B... suivit encore quelques semaines le traitement Ferrier, tout en s'alimentant comme tout le monde ; puis il cessa bientôt tout traitement. A la phase de tubercu-

lose pulmonaire de 1908, il reprit ce traitement mais d'une façon très irrégulière et pendant quelques semaines seulement.

OBSERVATION II (Inédit)

(D^r Emile Sergent)

Péritonite ascitique et fibro-caséuse

M^{lle} M..., vingt-trois ans, de la Vendée.

Antécédents héréditaires — Parents bien portants, père soixante-douze ans, mère soixante ans, huit frères et sœurs bien portants.

Un frère plus jeune eut, à sept ans, une coxalgie.

Elle est la troisième.

Antécédents personnels. — N'a jamais été sérieusement malade : née à terme, nourrie au biberon, elle eut de l'entérite à six mois pendant six semaines. Réglée à quinze ans, a toujours souffert au moment de ses règles.

15 avril 1911. — *État actuel*. — Depuis deux mois souffre de douleurs lombaires constantes, mais peu aiguës, avec irradiations dans l'abdomen et point rachidien sur la deuxième lombaire.

A maigri de 3 kilos, a eu peu de fièvre, 38 degrés à 38°2, le soir, de temps en temps. Pas de toux, pas d'expectoration.

Ballonnement du ventre après les repas. Constipation.

Peu à peu l'abdomen a augmenté de volume.

Le jour où je l'ai vue pour la première fois je constate que : l'abdomen est globuleux, assez tendu, sillonné de quelques

veinules ; la palpation n'est pas douloureuse et révèle la présence de quelques zones résistantes, étalées, assez superficielles, au niveau desquelles la percussion donne de la submatité ; dans les flancs et la région sus-pubienne, en position dorsale, matité ; cette matité se déplace, mais lentement, avec les changements de position.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes, la rate ne paraît pas très grosse.

Les poumons ne présentent aucun signe de lésions apparentes.

Le cœur est normal, le pouls rapide 100, et peu tendu.
T. A. 14 1/2.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais beaucoup de phosphates.

Une intradermo-réaction est positive.

Diagnostic. — En présence de ces constatations, je pose le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique et en même temps fibro-caséuse (gâteaux épiploïques et ganglions mésentériques).

Traitement. — J'impose deux mois de repos au lit et je soumetts la malade au traitement de recalcification suivant la méthode de Ferrier, en ajoutant, suivant ma pratique personnelle, l'adrénaline (1 milligramme par jour, dix jours consécutifs, cesser cinq jours et ainsi de suite).

Je reçois des nouvelles de cette malade et je fus tenu au courant des résultats de la cure par le confrère qui la soignait et me l'avait adressée.

Trois mois après elle ne présentait plus aucun signe de péritonite, aucune douleur lombaire ni abdominale. Aucune poussée thermique.

Je l'ai revue ces jours derniers (mai 1912) un peu plus d'un an après mon premier examen ; elle avait continué la cure de recalcification (l'adrénaline avait été prise pendant deux mois seulement) et offrait tous les signes de la santé :

L'abdomen était libre. on ne trouvait plus ni zone de matité, ni gateaux, ni ascite, ni circulation collatérale.

OBSERVATION III (Inédite)

(Dr Émile Sergent)

Péritonite tuberculeuse

M. D..., onze ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Le frère aîné fut rachitique dans sa petite enfance.

Antécédents personnels. — Opéré de végétations adénoïdes, il y a trois ans. N'a jamais eu de maladie grave, mais s'enrhume facilement et présente des signes d'adénopathie trachéo-bronchique depuis l'enfance.

État actuel. — 7 mars 1912. — Depuis quatre mois, a présenté à plusieurs reprises des crises considérées comme des embarras gastriques et constituées par des douleurs sus-ombilicales avec vomissements bilieux et alimentaires.

Ces crises se sont rapprochées depuis six semaines ; en même temps est survenu progressivement une anémie assez intense accompagnée d'amaigrissement et de petites poussées fébriles.

On a songé à l'appendicite chronique et on a conseillé de prendre l'avis d'un chirurgien.

Sur ces entrefaites, une crise plus forte survient accompagnée de fièvre plus élevée et je suis appelé auprès de l'enfant.

Je ne trouve aucune douleur appendiculaire, aucune défense de la région. Mais je constate que le ventre est notablement augmenté de volume et tendu, et que la peau est sillonnée de veines assez nombreuses.

La palpation n'est pas douloureuse ; mais la percussion dénote dans la région para-ombilicale gauche une zone de matité franche, fixe, immobile, ne se déplaçant pas avec les changements de position.

Le foie est gros et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt ; la rate ne paraît pas augmentée de volume. La constipation est à peu près constante.

Les poumons sont sains, mais on constate les signes habituels d'adénopathie trachéo-bronchique.

Le cœur paraît normal.

Dans les aisselles, les aines, au cou, dans les creux sus-claviculaires, on constate la présence de nombreux petits ganglions.

Diagnostic. — Le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme de gâteaux péritonéaux ne paraît pas douteux. Une intradermo-réaction positive vient à l'appui de cette opinion, qui se trouve ainsi confirmée par les allures de la courbe thermique et par l'évolution consécutive.

Traitement. — En effet, l'enfant est maintenu au lit et soumis au traitement de recalcification. Peu à peu, la température baisse, et le gâteau péritonéal para-ombilical diminue et disparaît en même temps que l'appétit revient, que l'anémie s'efface et que la santé générale se rétablit.

Au bout de deux mois l'enfant considéré comme guéri est envoyé à la mer pour terminer sa convalescence.

OBSERVATION IV

(D^r Courtellemont et R. Colin.)

Péritonite ulcéro-caséuse

M^{lle} G. F..., dix-huit ans, entrée à l'hôpital le 11 nov. 1907. Elle se plaint depuis deux mois environ de troubles digestifs fréquents, accompagnés parfois de vomissements, d'alternatives de diarrhée et de constipation.

Le ventre est ballonné, elle a beaucoup maigri et tousse depuis peu. A l'examen on est frappé par le volume du ventre qui inquiète surtout la malade. L'ascite est évidente, sans être très abondante.

Cet épanchement n'est pas très libre dans la cavité abdominale et se déplace seulement en partie, selon les positions. A la palpation, le ventre est irrégulièrement dur, et par place on sent des indurations et des gâteaux péritonéaux. La percussion confirme ces résultats : matité en damier. Il y a de la diarrhée, avec alternatives de constipation ; la malade n'a pas d'appétit et les digestions sont difficiles.

Aux poumons on constate une induration du sommet droit, le murmure vésiculaire est diminué fortement, l'inspiration est rude, l'expiration soufflante ; pas d'épanchement pleural. La rate est petite, le foie normal. Les règles habituellement régulières ont diminué puis disparu depuis quatre mois. La température oscille entre 37°3 et 38 degrés. C'est en somme

le tableau d'une péritonite tuberculeuse avec ascite peu abondante, à forme fibro-caséeuse.

Le traitement local a consisté au début en quelques pointes de feu légères, répétées sur l'abdomen, en applications de couches de collodion, en l'application d'une sangle abdominale. On essaie surtout de remonter l'état général. Au bout d'un mois de traitement ordinaire, il n'y a rien de changé; la malade est d'ailleurs dans le milieu hospitalier, bien peu favorable pour une amélioration; elle pâlit encore davantage; la fièvre est irrégulière; presque normale le matin, elle lui est supérieure le soir de 7 à 8 dixièmes. Du côté du poumon, l'état reste stationnaire; la malade supporte mal la suralimentation, la viande crue en particulier.

C'est alors qu'on institue le traitement par la recalcification suivant la technique du Dr Courtellemont (déc. 1907). Six semaines après, il y a un mieux sensible; la malade le reconnaît si bien qu'elle se propose de quitter l'hôpital. Difficilement on parvient à la retenir, et malgré les invitations du Dr Courtellemont elle quitte l'hôpital le 12 mars 1908 pour aller demeurer près de la campagne avec la promesse formelle de suivre son traitement chez elle, et de revenir tous les dix jours à la consultation. Elle y revient une fois. L'état général et local se relève très bien; l'ascite n'existe plus; la malade a engraisé, le ventre est plus souple, l'intestin fonctionne mieux. Mais après elle ne revient plus. Un an après elle est revue en ville, et nous avons peine à la reconnaître tellement elle est bien portante.

Elle est tout à fait guérie, dit-elle, et travaille dans une usine du voisinage. Elle a été revue il y a quatre mois toujours florissante de santé.

OBSERVATION V (Personnelle)

(Prise dans le service du Dr Sergent, n° 17, salle Cruveilhier,
hôpital de la Charité.)

Polysérosité. — Péritonite tuberculeuse

M^{me} L. . ., quarante et un ans, couturière, entre à l'hôpital le 8 juin 1909 pour des douleurs abdominales qu'un médecin aurait mises sur le compte d'une péritonite.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de soixante-douze ans, asthmatique, sujette aux bronchites. Père bien portant.

Antécédents collatéraux. — Cinq frères et sœurs, dont quatre bien portants et une sœur morte accidentellement.

Antécédents personnels. — La malade aurait eu la dysenterie pendant plusieurs mois, la variole et la rougeole dans ses premières années.

A partir de sept ans, la malade est sujette aux épistaxis, lesquelles sont fréquentes et durent depuis cette époque, revenant de temps en temps, surtout dans les périodes qui précèdent les règles.

A treize ans, grande anémie avec vertiges, éblouissements, amaigrissement, pâleur, jusqu'à vingt ans.

A quinze ans et demi apparaissent les premières règles qui deviennent irrégulières, très fréquentes, abondantes, et s'accompagnent de vives douleurs.

La malade a eu une grossesse qui s'est terminée spontanément à huit mois par la naissance d'un enfant qui vécut trois mois et demi et mourut d'entérite. Pas de fausses couches.

Histoire de la maladie. — Juillet 1910. — La malade déjà très fatiguée, commence à tousser, et depuis cette date elle tousse et crache tous les hivers, en même temps que se montrent quelques bouffées de chaleur le soir, un peu de fièvre vespérale, quelques légères transpirations nocturnes : la malade se plaint à cette époque de points de côté fugaces et mobiles.

Juin 1902. — Elle aurait eu une crise d'*appendicite*, caractérisée par des douleurs intenses dans la fosse iliaque et des vomissements. Le tout fut calmé par le repos et l'application de glace sur le ventre : cette *appendicite* guérit en six semaines mais laissa le ventre ballonné et douloureux ; la malade est très affirmative à ce sujet et raconte que depuis ce jour elle est sujette à une constipation opiniâtre, avec selles contenant des glaires et des fausses-membranes, et par instant de filets de sang rouge.

Décembre 1902. — Elle se met au lit pour une *pleurésie droite avec épanchement* qui n'aurait pas été ponctionnée et se serait amendée par le repos et des révulsifs (pointes de feu, vésicatoires) : cette pleurésie guérie au bout de deux mois aurait repris quatre mois après : au dire de la malade elle n'aurait jamais été complètement guérie, des douleurs ayant persisté dans le côté droit.

Juillet 1903. — *Pleurésie sèche à gauche* avec douleurs intenses dans le côté et surtout dans la région cardiaque avec palpitation et oppression très marquées à chaque quinte de toux.

Depuis cette époque, *hémoptisies* légères, les unes sous forme de filets de sang, les autres plus abondantes : depuis, la malade tousse davantage et crache, l'état général s'altère,

l'amaigrissement survient, les sueurs nocturnes deviennent plus fréquentes. Malgré tout la malade travaille suivant ses forces. Sujette à des varices et à des névralgies sciatiques ; elle a même eu une phlébite variqueuse en 1908.

Puis en 1909, les symptômes *d'entérite* s'accusent davantage, les douleurs abdominales forcent la malade à se reposer constamment. Enfin, en avril 1909, les accidents étant plus aigus, la malade s'alite : le 1^{er}, la péritonite se déclare, dit-elle, les vomissements sont fréquents, le ventre gros, les douleurs insupportables ; ne pouvant se soigner chez elle, la malade entre à la Charité, d'abord en chirurgie, où l'on aurait diagnostiqué métrite ou fibrome avec salpingite surtout à gauche ; elle est mise au repos, et sort quelques jours après ne voulant pas être opérée. Elle revient alors à l'hôpital et est admise en médecine.

Juin 1909. — *Examen*. — Les douleurs se sont amendées, le ventre est dur, ballonnée ; la peau est lisse, tendue avec circulation collatérale très nette, l'ombilic est déplissé ; la palpation et la percussion montrent l'existence d'une ascite d'abondance moyenne, la palpation étant douloureuse à gauche.

De plus, à l'examen de la colonne vertébrale, on note une douleur nette à la région dorso-lombaire, douleur sourde devenant aiguë, lorsque la malade se couche sur le dos : à ce niveau, légère saillie vertébrale correspondant au point douloureux.

L'examen des membres inférieurs révèle l'exagération des deux réflexes rotuliens, sans signe de Babinsky, sans troubles de sensibilité. Varices aux deux jambes.

Appareil circulatoire. — Sommet droit en voie de ramol-

lissement. Frottements pleuraux à la base droite. Toux sèche, quinteuse ; points de côté.

Appareil circulatoire. — Rien au cœur.

Appareil digestif. — Alternatives de diarrhée et de constipation s'accompagnant de douleurs abdominales vives.

État général légèrement atteint. Fièvre légère. Amaigrissement.

La malade est mise au repos avec compression abdominale, puis badigeonnage au collodion en trois fois, mais elle ne peut les supporter, celles-ci lui donnant des palpitations et de l'oppression.

En 1910, état stationnaire sans grande amélioration, les douleurs abdominales immobilisent la malade au lit.

Au début de 1911, elle est mise au traitement de récalcification. L'amélioration n'était guère sensible au bout de quelques mois, mais en réalité la malade avoue qu'elle ne prenait pas régulièrement la poudre de Ferrier et qu'elle restait plusieurs semaines sans en prendre. A ce moment, l'analyse des urines, au point de vue de l'élimination de la chaux, donne les résultats suivants :

Urines :

Volume en 24 heures..... 1650 gr.

Cao en 24 heures..... 0 gr. 165

Au mois d'août, les crises douloureuses abdominales augmentent d'intensité, le ventre se ballonne davantage, la palpation de plus en plus douloureuse fait percevoir quelques frottements péritonéaux, par endroits des gâteaux de consistance assez molle : les crises paroxystiques s'accompagnent de vomissements presque continuels, de diarrhée qui finissent par déprimer complètement la malade.

En septembre, celle-ci ne prenant pas de traitement Ferrier, étant traitée simplement par une médication symptomatique, les douleurs vertébrales deviennent insupportables ; aux douleurs dorsales viennent se joindre des douleurs occipitales intenses avec raideur du cou empêchant tout mouvement. Pendant quelques semaines, névralgies nouvelles dans le domaine de l'ophtalmique gauche, très tenaces : après de nombreux siphonnages et des calmants, cette névralgie finit par disparaître.

En octobre 1911, le traitement de récalcification est repris d'une façon régulière, et depuis ce temps n'est plus abandonné.

7 novembre. — Urines :

Volume en 24 heures..... 1600 gr.

CaO en 24 heures. 0 gr. 136

En décembre 1911, les névralgies faciales et occipitales réapparaissent, mais moins fortes et moins tenaces.

En quelques jours des pointes de feu sur la région cervicale et des siphonnages dans le domaine de l'ophtalmique ont raison de ces douleurs. Depuis ce temps elles ne sont plus revenues.

31 décembre 1911 :

Urines de 24 heures..... 1100 gr.

CaO..... 0 gr. 05

P²O⁵..... 0 gr. 66

En mars 1912, la malade se trouve elle-même grandement améliorée, ses douleurs abdominales sont moins vives, elles ne réapparaissent qu'au moment des règles, alors qu'auparavant elles étaient presque continuelles ; la rachialgie est très

atténuée : le ventre est souple, il n'est plus que très légèrement ballonné ; on n'y retrouve plus ni frottements, ni gâteaux, ni traces d'ascite. Il persiste seulement un peu de douleur et d'empâtement dans la partie inférieure des deux fosses iliaques, surtout à gauche, ce qui coïncide avec les résultats du toucher vaginal (salpingite double, surtout gauche).

Du côté de l'appareil respiratoire, signes de tuberculose torpide, lésions fibreuses au sommet droit, on n'entend plus de craquements humides ; à la base droite quelques frottements.

A l'auscultation du cœur, érétisme cardiaque intermittent, douleur à la palpation sur le trajet du phrénique (point sterno-mastoïdien et troisième espace intercostal), douleur qui correspond aux douleurs beaucoup plus marquées du début.

Actuellement, mai 1912, l'état général est excellent, complètement apyrétique, l'amaigrissement a disparu, le facies est coloré, rosé, l'appétit est bien meilleur. L'abdomen présente par places un empâtement diffus, mais non douloureux. Au moment de ses règles seulement la malade est reprise de douleurs abdominales avec vomissements, crises d'ailleurs passagères.

Si nous résumons cette observation, nous voyons qu'il s'agit d'une malade qui a d'abord fait une crise d'appendicite, puis deux pleurésies, puis des accidents péritonéaux d'allure subaiguë puis chronique : l'évolution de ces diverses manifestations, leur coïncidence avec des signes nets de tuberculose per-

mettent de les rattacher à la même cause, le bacille de Koch. Il s'agit d'une polysérosité, c'est-à-dire d'une infection tuberculeuse qui a surtout frappé les séreuses et qui a évolué en plusieurs étapes : péri-appendiculaire, périsalpingienne, puis pleurale et péri-intestinale : il est même fort probable que le péricarde a été touché comme l'accusent les douleurs précordiales, les palpitations et la névralgie phrénique. On peut ajouter à ces étapes successives l'étape méningée, car il est à croire que du côté du rachis, la tuberculose a été surtout une pachyméningite plus qu'une ostéite, étant donné que si la rachialgie dorsale s'accompagne d'une très légère gibbosité, la rachialgie cervicale ne s'est jamais accompagnée de phénomènes du même ordre, et que la douleur à ce niveau était plus diffuse que localisée.

Il s'agit donc bien d'une péritonite tuberculeuse, coexistant avec d'autres sérosites bacillaires ; ajoutons qu'il s'agit d'une péritonite à forme ulcéro-caséuse, puisqu'on a noté la présence de gâteaux péritonéaux, et que son origine semble pouvoir être soit d'origine salpingienne, soit d'origine intestinale, les troubles digestifs ayant été les premiers en date.

De plus, cette observation permet de constater que dans une première période, pendant laquelle il ne fut pas question de recalcification, les symptômes ne furent que peu ou pas modifiés, certains même s'aggravèrent ; au contraire, dans une deuxième période qui correspond au traitement de Ferrier, l'amélioration est indiscutable ; elle porte à la fois

sur l'état général, les troubles intestinaux et sur l'évolution et la guérison de la péritonite tuberculeuse : celle-ci évoluant vers une forme fibreuse ou cicatrisante qui explique les douleurs persistant encore, mais ne s'accompagnant ni de diarrhée, ni de vomissements. Cette observation est donc très précieuse à ce point de vue, puisqu'elle se présente sous un aspect qui se rapproche de l'expérimentation, évolution sans recalcification, évolution avec recalcification. Ajoutons qu'il ressort de ces faits que non seulement la malade se recalcifiait, mais encore qu'elle cessait de se décalcifier, comme le montre l'analyse des urines, à mesure qu'elle suivait le régime si spécial et si important de la méthode de Ferrier.

OBSERVATION VI (Personnelle et inédite)

(Service du Dr Sergent)

Péritonite tuberculeuse

M^{me} M. G..., trente-quatre ans, employée de commerce, entre à l'hôpital de la Charité, le 29 avril 1912 pour douleurs et gonflement de l'abdomen.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à soixante-dix ans de vieillesse, n'aurait jamais été malade.

Père mort à cinquante-sept ans, souffrait de la gravelle et fut opéré pour calculs rénaux.

Antécédents collatéraux. — Une sœur morte à la suite d'une fausse couche, un frère vivant, sujet au rhumatisme.

Antécédents personnels. — La malade se rappelle avoir

été très faible lorsqu'elle était jeune fille. Réglée à dix-sept ans, règles douloureuses et abondantes, jamais de grossesse.

A vingt-quatre ans, colique hépatique suivie probablement d'angiocholite.

Il y a quatre ans, à la suite d'une violente contrariété, la malade devient très nerveuse, très irritable ; elle a des maux de tête fréquents, localisés au front, à la nuque. Son état s'étant aggravé elle entre à Laënnec : elle présentait alors de la céphalée, des troubles de la vision, des bouffées de chaleur, tremblements, battements de cœur (phénomènes qui semblent être sous la dépendance d'une hypersécrétion thyroïdienne). Elle est restée six mois à l'hôpital, elle s'est améliorée progressivement, et après sa sortie est restée un an bien portante.

Puis à la suite d'un refroidissement elle est prise de douleurs dans les deux genoux, qui sont rouges et gonflés (arthrite). Elle en guérit, mais de temps en temps elle a des douleurs plus ou moins vives qui la reprennent. Elle a de plus mal aux reins ; ses urines étaient troubles à cette époque, laissaient un dépôt rougeâtre, elles renfermaient de l'albumine.

Depuis ces dernières années, la malade n'est jamais complètement bien ; elle a maigri, elle mange mal, elle est constipée. Son sommeil est entrecoupé de cauchemars ; elle transpire la nuit. Depuis janvier 1912 elle se sent très fatiguée, fièvre, sueurs froides, congestion du visage.

État actuel. — Il y a six jours la malade constate que son ventre grossit très sensiblement et que progressivement il est arrivé à prendre un volume considérable. En même

temps elle est prise de douleurs subites dans les reins ; quelques nausées, selles fréquentes, presque diarrhéiques, jaunes.

A l'examen l'abdomen est très augmenté de volume, tendu. L'ombilic est complètement déplissé. La région de l'épigastre est particulièrement bombée ; à la percussion tympanisme à ce niveau, matité dans l'hypogastre ainsi que dans le flanc droit, qui est tendu et douloureux.

La région rénale droite est très douloureuse, la région gauche également, mais moins sensible.

L'examen des poumons révèle en avant et des deux côtés des signes d'emphysème ; en arrière et à droite on entend un véritable bruit de pigeonner. Sur toute la hauteur la respiration est soufflante. La malade tousse de temps en temps.

Au cœur le deuxième bruit est claqué, le pouls est dur, légèrement tendu, 78 pulsations. Tension 18 au Potain. Urines : 3 litres, pas d'albumine.

La température oscille entre 36°9, 37 degrés et 37°3.

En somme, il s'agit d'une péritonite bacillaire avec adhérences et léger enkystement du liquide qui n'est que peu mobile.

La malade est soumise au traitement Ferrier. Petit à petit une amélioration très notable se fait sentir, la matité de l'épanchement diminue, les troubles digestifs s'amendent, la diarrhée cesse.

Plus tard on commence à sentir des gâteaux péritonéaux, on a la sensation de frottement amidonné ; ces phénomènes disparaissent eux-mêmes au mois de juin : la malade se sent plus forte.

Vers le mois de juillet petite rechute, quelques troubles digestifs, ballonnement du ventre, douleurs ; ces accidents ne durent que quelques jours et la malade se remet définitivement.

Analyse d'urine le 20 juin 1912 :

Volume des 24 heures.....	725 cmc.
Anhydride phosphorique...	{ par litre... 2 gr. 35 en 24 heures 1 gr. 68
Chaux.....	{ par litre... 0 gr. 165 en 24 heures 0 gr. 119

OBSERVATION VIII (personnelle et inédite)

Péritonite tuberculeuse avec adénopathie mésentérique et syndrome solaire

M^{lle} K..., vingt-six ans, vient en février 1912 consulter pour des douleurs dans le ventre dont elle souffre depuis l'âge de onze ans avec des rémissions de temps en temps : depuis quelques semaines, faiblesse et amaigrissement.

Antécédents héréditaires. — Mère morte jeune à la suite de couches. Père actuellement âgé de soixante-dix ans, aurait eu une otite moyenne dans sa jeunesse, de nature indéterminée, à la suite de laquelle il est devenu sourd.

Antécédents collatéraux. — Une sœur très bien portante ; un frère opéré trois fois pour appendicite (deux fois pour foyer de suppuration périappendiculaire, la troisième fois pour enlever l'appendice).

Antécédents personnels. — Rougeole et scarlatine. A l'âge de dix ans, tumeur blanche du genou survenue à la suite d'un traumatisme et qui fut opéré à l'âge de douze ans.

A l'âge de dix ans, commence à souffrir du ventre, douleurs parfois subites et fortes d'emblée, parfois légères puis augmentant progressivement d'intensité. Diarrhée fréquente, quelquefois vomissements. On ne pouvait rattacher ces troubles au régime alimentaire, ces douleurs survenant avant comme après les repas, même si les aliments étaient très digestifs. Les crises étaient alors plutôt rares (une fois en trois mois) et ne duraient que quelques jours, parfois que quelques heures. Elles se sont prolongées jusqu'à l'âge de quinze ans.

Après, l'état s'est amélioré graduellement, surtout après un séjour de plusieurs mois au bord de la mer et dans le Midi. La malade avait alors repris son appétit. Jusqu'à l'âge de vingt ans, elle n'a plus de crises douloureuses, mais à cette époque les crises réapparaissent avec leur caractère habituel, mais elles deviennent plus fortes au point que la malade perd connaissance : elles durent plus longtemps (six semaines) en même temps que l'on constate quelques oscillations de température. La malade souffre alors la nuit, mais surtout après une fatigue physique ou après une grande émotion. A l'âge de vingt et un an apparaît en plus de l'urticaire dont la malade se plaint assez souvent.

A la fin du mois d'octobre 1912, la malade arrive à Paris et un mois plus tard elle se sent très affaiblie et fatiguée, elle a maigri, son ventre est souvent ballonné ; elle est obligée de porter des robes très larges, ne supportant pas le corset. C'est surtout pour les douleurs qu'elle vient consulter,

celles-ci revenant presque chaque semaine accompagnées de selles liquides quelquefois franchement diarrhéiques.

L'état général est loin d'être excellent, anémie, amaigrissement.

Examen. — Ankylose du genou gauche. Le ventre est tendu, gonflé, météorisé par dilatation des anses intestinales. Il est très douloureux même à la palpation légère, la douleur croît à mesure que la pression augmente. On arrive à palper la profondeur et l'on perçoit alors des ganglions mésentériques indurés.

Il nous semble que cette malade fait actuellement une poussée aiguë du côté de ses ganglions mésentériques avec syndrome douloureux solaire et réaction péritonéale légère, le tout d'origine tuberculeuse, étant donné l'évolution lente, successive, et le terrain (tumeur blanche). Ces ganglions mésentériques datent probablement de très longtemps et subissent des poussées à certains moments.

La malade est mise uniquement au traitement de Ferrier et au repos. Depuis elle se sent beaucoup mieux, les douleurs sont moins fortes, moins fréquentes, le ventre moins ballonné, l'urticaire a disparu, et depuis plusieurs mois le malade ne se ressent plus d'aucun malaise.

OBSERVATION VIII

(Dr Courtellemont, *in* thèse de R. E. Colin. Paris, 1910.)

Malade adulte, atteinte de péritonite tuberculeuse avec ascite abondante, douleurs abdominales, diarrhée, dyspepsie

et intolérance gastrique fréquente. Gros œdème des membres inférieurs, pouls rapide, très irrégulier.

Le traitement de Ferrier associé aux autres prescriptions alimentaires resta sans effet ; la malade succomba quelques mois plus tard.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

OBTENUS PAR LA MÉTHODE DE RECALCIFICATION DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Après avoir exposé pourquoi le traitement de recalcification nous semblait devoir être proposé pour guérir la péritonite tuberculeuse, nous allons essayer de déduire des observations précédentes les résultats qui en résultent.

Tout d'abord, il est un fait incontestable, c'est que le traitement que nous préconisons n'est pas dangereux. En nous exprimant ainsi, nous ne voulons pas parler d'un danger possible par le traitement lui-même, nous voulons faire remarquer que, en traitant ainsi les malades et en les privant des autres traitements classiques, nous n'avons pas nui à leurs santés. Ceci montrant bien que le traitement recalcifiant possède par lui-même une certaine efficacité, puisqu'une péritonite tuberculeuse non soignée (ou traitée par des méthodes inefficaces) ne guérit pas spontanément. Il est facile de se rendre compte que les résultats obtenus ne furent que des succès,

exception faite pour l'observation VIII. Toutefois nous ferons remarquer que cette observation est très incomplète, et que, par conséquent, il ne faut pas donner à l'échec qui y est relaté toute la valeur que l'on pourrait donner à une observation détaillée ; il s'agit d'un adulte qui présentait des œdèmes et de l'arythmie, ce qui laisse à penser que la péritonite bacillaire n'était pas seule, ou bien qu'il s'agissait d'une forme très aiguë arrivée déjà à un degré fort grave : ce n'est donc pas une forme qui rentre dans la moyenne des péritonites chroniques que nous avons l'intention d'étudier, elle fait exception par des phénomènes surajoutés qui empêchent de tirer une conclusion quelconque des faits observés.

Cette restriction étant posée, nous ne chercherons pas à démontrer plus amplement les résultats heureux constatés chez les autres malades, ils sont suffisamment évidents. Néanmoins, nous analyserons les points sur lesquels le traitement semble avoir été le plus efficace.

Si nous envisageons d'abord les phénomènes généraux accusés par les différents sujets avant d'être traités, nous notons que tous présentaient de l'amaigrissement, quelques-uns des transpirations nocturnes (obs. I), de la perte des forces (obs. I), de l'anémie (obs. III et IV). Chez tous ces malades, il existait de la fièvre, oscillant en moyenne entre 38 et 39 degrés. En consultant ces observations, on voit que tous ces phénomènes généraux disparaissent plus ou moins rapidement, les forces reviennent au

point même qu'une des malades se trouvant si bien veut quitter l'hôpital avant que les médecins le lui aient conseillé (obs. IV). Les sueurs diminuent, puis n'existent plus, l'anémie s'amende, et la fièvre tombe complètement, au point que tous les malades étaient revenus à la normale au bout de quelques semaines. L'état général est donc très sensiblement influencé par la recalcification surtout en ce qui concerne la fièvre, perte des forces et l'amaigrissement.

Lorsqu'on cherche à envisager maintenant l'évolution des signes fonctionnels, on est obligé de reconnaître que de ce côté encore l'amélioration est rapide et presque complète.

Les troubles digestifs sont, on le sait, très fréquents dans la péritonite tuberculeuse ; dans toutes nos observations on les retrouve plus ou moins accentués sous forme de diarrhée alternant avec de la constipation et s'accompagnant presque toujours de vomissements bilieux ou alimentaires.

D'autres fois, ce sont des douleurs soit spontanées, soit simplement provoquées par la palpation ; nous en avons noté de semblables dans nos observations, douleurs plus ou moins intenses, continues ou passagères, coexistant parfois avec des crises de vomissements ou de constipation.

Or, il est à remarquer que ces douleurs et surtout les troubles digestifs sont les premières améliorations constatées au cours du traitement par la recalcification. Dans l'observation I la diarrhée cesse au bout de trois semaines, alors que les autres phéno-

mènes diminuent (fièvre et signes physiques). Mais l'observation qui nous paraît la plus caractéristique à cet égard est l'observation V. Là une première fois, au début de 1911, la malade suit le traitement Ferrier, mais d'une façon irrégulière, les douleurs et troubles digestifs s'amendent, mais relativement peu ; plus tard, en septembre, elle cesse complètement la recalcification, les douleurs et autres troubles réapparaissent d'une manière subintrante ; une seconde fois alors la malade se décide à suivre consciencieusement son régime et son traitement, elle en tire dès lors le plus grand bénéfice. Quelques névralgies reviennent, il est vrai, mais plus atténuées et finissent par disparaître. Nous pouvons donc affirmer que la recalcification a une action particulièrement nette sur les douleurs et les troubles digestifs dans la péritonite tuberculeuse, et comme nous connaissons l'importance qu'il faut attacher à ces signes digestifs au point de vue pathogénique, nous signalons de quel intérêt est l'application immédiate de cette méthode dans les péritonites bacillaires.

Nous insisterons sur la disparition des douleurs, phénomène très appréciable, comme on peut en juger dans l'observation VII, où les douleurs intenses dues à des névralgies du plexus solaire cessèrent dès l'application du traitement de Ferrier.

A côté des symptômes fonctionnels, les signes physiques n'en sont pas moins intéressants à étudier dans leur évolution. Tantôt, dans nos observations,

il s'agit d'une forme ascitique légèrement cloisonnée (obs. I), tantôt il s'agit d'ascite avec gâteaux péritonéaux, à forme ulcéro-caséeuse. Toutes ces formes, quelles qu'elles soient, se sont trouvées soit guéries, soit améliorées. Dans les premières observations, il est permis d'affirmer la guérison complète de la péritonite tuberculeuse; en effet, alors qu'avant le traitement on constatait très nettement l'existence d'ascite (obs. I, obs. II) ou de gâteaux péritonéaux (obs. III) ou en même temps les deux (obs. IV). Au bout d'un temps plus ou moins long, sur lequel nous reviendrons, le ventre redevient souple, uniforme, sans aucune matité, sans irrégularité, sans que l'on puisse sentir dans la profondeur un empâtement quelconque. Ces signes coexistant avec l'amélioration des autres symptômes, il est incontestable qu'il s'agit bien là d'une guérison locale. Dans l'observation V, la guérison n'est que partielle, mais il s'agit dans ce cas d'une malade atteinte de plusieurs localisations tuberculeuses depuis plusieurs mois; c'est donc une forme beaucoup plus sérieuse que les précédentes et qui cependant a guéri relativement, car si l'on retrouve dans l'abdomen un peu d'empâtement après le traitement, il s'agit évidemment d'une forme fibreuse de cicatrisation; or, nous savons que c'est une des formes de guérison de la péritonite, comme de bien des formes de tuberculose. Le total des succès obtenus au point de vue local nous semble donc assez grand, puisque sur 5 observations prises au hasard nous observons 4 guérisons locales com-

plètes, et une relative, soit 80 o/o de guérisons complètes.

Un point nous semble encore fort intéressant dans l'évolution des signes de la péritonite tuberculeuse traitée par la recalcification, ce sont les résultats obtenus au point de vue des urines. Nous n'avons malheureusement pas ces analyses pour toutes nos observations, mais celles qui ont été faites dans l'observation V sont tout à fait concluantes. En effet, à mesure que la malade suit son traitement de recalcification, les urines contiennent de moins en moins de chaux : d'abord 0 gr. 165, puis 0 gr. 136, enfin 0 gr. 05. Cette diminution graduelle, progressive, est bien la preuve matérielle que la malade se décalcifie de moins en moins, que par conséquent le traitement répond bien à l'idée qu'on s'en était faite. Comme l'arrêt de décalcification correspond justement à l'amélioration de tous les signes, il est logique de conclure qu'elle est la base de la guérison et que c'est en arrivant à enrayer la déminéralisation des sujets tuberculeux qu'on a plus de chance de les guérir.

De nos observations précédentes, il est encore permis de conclure que le traitement de recalcification guérit non seulement la tuberculose péritonéale, mais encore améliore ou guérit la tuberculose pulmonaire, ce que nous savions déjà (travaux de E. Sergent et thèse de Colin); il en est de même, semble-t-il, pour les localisations osseuses et méningées comme le montre l'observation V; mais nous

ne voulons pas sortir de notre sujet et tirer des conclusions trop hâtives à cet égard, étant donné le nombre limité d'observations.

En définitive, nous disons que le traitement de recalcification dans la péritonite tuberculeuse chronique améliore d'abord les troubles digestifs et fonctionnels, puis l'état général, et enfin les signes locaux ; qu'au total on peut espérer une guérison complète, pourvu que le malade ne soit pas porteur de lésions trop avancées et multiples, auquel cas on n'est en droit d'attendre qu'une guérison relative, avec séquelles accompagnant les formes fibreuses de cicatrisation.

CHAPITRE V

LE TRAITEMENT DE RECALCIFICATION COMPARÉ AUX AUTRES TRAITEMENTS EMPLOYÉS DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Il est bien entendu que nous ne parlerons dans ce chapitre que des traitements généraux divers préconisés dans la péritonite tuberculeuse. Les différents traitements symptomatiques employés jusqu'alors sont souvent utiles au traitement recalcifant pour faire disparaître des douleurs trop vives ou une diarrhée tenace : encore nous a-t-il paru que ces médications symptomatiques devenaient moins fréquentes au cours de la recalcification, cette dernière suffisant le plus souvent à elle seule pour calmer les troubles fonctionnels, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent.

Nous ajouterons de plus que le traitement hygiéno-diététique, préconisé depuis longtemps dans la cure de la tuberculose péritonéale, est généralement compris dans le traitement conseillé aux malades dont les observations figurent dans notre thèse. Tous, en effet, ont été mis au lit, condamnés au repos et couchés dans une chambre aérée le mieux possible.

Toutefois, il est certains points de cette hygiéno-diététique qui s'éloignent de notre sujet et qui présentent des désavantages comparativement à la méthode de Ferrier.

Nous ne reviendrons pas sur les inconvénients de la suralimentation, exposés précédemment et particulièrement nuisibles dans la péritonite chronique. D'ailleurs on l'abandonne de plus en plus aujourd'hui pour la remplacer par un régime plus conforme aux troubles digestifs, contre lesquels on a si souvent à lutter.

Il est surtout deux modes de traitements assez en vogue et qui donnent de nombreux succès, nous voulons parler du séjour à la campagne ou à la mer ou dans des stations d'altitude et de l'héliothérapie. Il est évident que ces traitements sont excellents, qu'associés tous les deux ils achèvent la guérison de la tuberculose et relèvent rapidement l'état général. Les stations au grand air ont fait leurs preuves depuis longtemps. Quant à l'héliothérapie, elle est d'origine plus récente, mais semble avoir à son actif des résultats très rapides et particulièrement intéressants.

« A vrai dire, écrit Poncet, c'est dans la tuberculose du péritoine, des ganglions lymphatiques des os et des articulations, etc., que l'héliothérapie agit le plus utilement.

» Dans la péritonite tuberculeuse, en particulier, elle fait merveille : Weill et Mouriquand, Pic, Chatin et Gaulier, dans ces derniers temps, s'en sont grandement loués ; pour nous, depuis des années, nous

l'avons vue bien des fois sécher promptement des ascites rebelles et récidivantes, soit employée d'emblée, soit après laparotomie. Cela ne veut pas dire que sitôt le diagnostic posé, l'insolation doit être pratiquée ; une ascite fébrile avec mauvais état général révélant une septicémie tuberculeuse, une ascite encore en période d'augmentation doivent être respectées ; il ne faut pas plus les exposer au soleil d'emblée qu'il ne faut les laparotomiser de suite ; les malades, dans ce cas-là, doivent être rigoureusement immobilisés au lit avec des révulsifs locaux ; on voit toujours au bout de quelque temps de repos absolu l'affection marquer un temps d'arrêt ; c'est le moment à choisir pour l'insolation comme pour l'intervention.

» Si les lésions sont déjà à ce stade, si elles sont anciennes et rebelles à tout, s'il existe des lésions annexielles marquées, si le liquide est abondant, nous croyons utile de faire tout d'abord une laparotomie évacuatrice. Le plus tôt qu'il est possible, le malade est renvoyé chez lui, quelquefois même avant que les fils ne soient enlevés ; nous lui recommandons de passer la plus grande partie du jour le ventre à l'air, au soleil, et maintes fois nous avons obtenu des guérisons inespérées chez des jeunes gens cachectiques et presque mourants.

» Ainsi donc, dans la péritonite ascitique, l'association de l'héliothérapie à la laparotomie donne des résultats beaucoup plus rapides que la seule cure solaire, et beaucoup plus durables que la seule laparotomie.

» Il en est de même dans les formes fibro-caséuses, pour lesquelles la méthode combinée est également la méthode de choix. Au contraire, les formes sèches et les formes de début sont justiciables de la seule cure solaire qui en a rapidement raison » (Poncet).

Nous ne sommes pas tout à fait de l'avis du professeur Poncet en ce qui concerne l'association de la laparotomie et de l'héliothérapie. Le traitement chirurgical nous paraît pouvoir être évité dans la plupart des cas, justement parce qu'il peut être remplacé par la recalcification. Dans les cas dont parle M. Poncet, nous associons plus volontiers l'héliothérapie à la recalcification qu'à la laparotomie. Dans nos observations, nous avons noté plusieurs fois des poussées aiguës au cours de péritonite tuberculeuse qui ont cédé au traitement de Ferrier. Néanmoins, nous reconnaissons que l'héliothérapie est d'un grand secours contre la tuberculose du péritoine.

Nous citerons surtout les 3 observations publiées par MM. Chatin et Gaulier (1). Il s'agissait de deux ascites graves accompagnées, pleurésies séro-fibrineuses et d'une péritonite fibro-caséuse à marche rapide. Ces malades, en dehors du repos, n'eurent comme traitement que des expositions au soleil de quelques heures ; dès les premières séances on observait une grande amélioration des troubles fonctionnels, et au bout d'un mois environ les signes physiques

1. Chatin et Gaulier, *Traitement héliothérapique de la péritonite tuberculeuse* (*Lyon médical*, 3 déc 1911, p. 1202-1228).

avaient disparu et la température était retombée à la normale. Ce sont là évidemment des succès rapides et dignes d'intérêts. Toutefois nous n'hésiterons pas à dire que dans la majorité des cas, nous préférons la recalcification : en effet, ces deux traitements, séjour à la campagne et héliothérapie, ne sont pas à la portée de tous les malades, l'héliothérapie ne pouvant guère se pratiquer partout, surtout en hiver, il faut aller chercher le soleil dans des régions seulement permises aux malades fortunés. Nous ne voulons pas dire par là que nous rejetons ces modes de traitement ; bien au contraire elle nous semblent très utiles, et toutes les fois qu'il sera possible de les employer, nous croyons indispensable de les consulter comme adjuvants à la recalcification, laquelle est un mode de thérapeutique plus simple, plus facile, plus économique et par là même plus à la portée des malades.

A côté du traitement hygiéno-diététique de la tuberculose péritonéale, on a bien souvent essayé un traitement causal. M. Philibert (1) cite parmi les plus employés les révulsifs abdominaux. Le collodion a été longtemps en vogue, à l'heure actuelle il paraît moins apprécié, il a peu d'effet, et est souvent très mal supporté, comme nous l'avons vu dans l'observation V de notre thèse.

La teinture d'iode adjointe ou non au collodion (Marfan) ne saurait, à elle seule, guérir une péritonite

1. Philibert, *Progrès médical*, 2 mars 1912, p. 412.

bacillaire. Il en est de même des applications de glace qui, tout en possédant un très heureux effet sur les douleurs, ne saurait qu'aider à la guérison de la péritonite et non y contribuer à elle seule.

Comme traitement causal, on a encore essayé depuis quelques années, la radiothérapie, la tuberculino thérapie, la sérothérapie, et l'autosérothérapie. Nous ne saurions mieux faire, pour avoir une idée de ces différents modes de traitements que de citer les avis de M. Philibert dans son *Traitement médical de la péritonite tuberculeuse* :

« La radiothérapie a été conseillée et utilisée ; la statistique de Bircher, qui porte sur 24 cas, est la plus importante : elle semble favorable, d'une façon générale. Pourtant on a pu dans quelques cas observer une aggravation de l'état général à la suite des séances de radiothérapie. Aussi, faut-il attendre encore de nouvelles expériences sur cette méthode encore trop nouvelle dans ce cas. »

« La tuberculinothérapie a été employée et vantée par les enthousiastes de la méthode, on a employé l'ancienne tuberculine (Fritsch, Gangnofner et Grosz), la T. R. (Warth, Birn Baune). Naturellement, les partisans de la méthode ont choisi des cas bénins (forme ascitique, forme sèche). On ne traite d'ailleurs, qu'avec les doses infinitésimales usitées actuellement en tuberculinothérapie ; des centièmes, des millionnièmes de milligramme. De cette façon, il est impossible de partager l'enthousiasme des auteurs allemands, et il est encore malaisé de dégager l'action

réelle de la tuberculine sur les tuberculoses séreuses. On ne serait guère autorisé à employer la tuberculine, et avec grande prudence, que dans les cas qui ne peuvent bénéficier ou n'ont jamais bénéficié d'aucun autre traitement. »

« La sérothérapie a été employée en particulier par Scheuker dans la péritonite tuberculeuse en utilisant le sérum de Marmoreck. Bien qu'il signale la guérison, il ne semble pas qu'il faille adopter la sérothérapie sans réflexion ; on a publié des cas très fâcheux (L. Bernard, Rist) à la suite de l'injection sous-cutanée de sérum antituberculeux. Il semble que ces préparations, et principalement le sérum de Marmoreck, ne soient guère utilisables que par la voie rectale. La méthode est trop aléatoire pour pouvoir être conseillée dans les cas bénins de péritonite tuberculeuse. »

« Quant à l'autosérothérapie, c'est-à-dire à l'inoculation de la sérosité ascitique du malade dans le tissu cellulaire sous-cutané, suivant la méthode préconisée par Gilbert, de Genève, pour la pleurésie, il n'en existe, à notre connaissance, qu'un cas pour la péritonite tuberculeuse (Roque et Cordier). Ce cas fut négatif. D'autre part, A. Jousset a signalé (Soc. d'ét. scient. sur la tuberculose, déc. 1911) des cas d'abcès tuberculeux consécutifs à l'injection de liquide pleural chez les tuberculeux. Le même accident pourrait fort bien se produire dans le cas d'ascite tuberculeuse. Dans ces conditions, il faut

convenir que cette méthode n'est pas non plus très engageante. »

« Ces méthodes scientifiques ne peuvent donc être que d'application exceptionnelle. »

Comme traitement causal de la péritonite tuberculeuse, il nous reste à parler des médications classiques des tuberculoses localisées.

L'huile de foie de morue nous semble tout à fait contre-indiquée en raison des troubles digestifs qu'elle provoque ou qu'elle augmente. Le tanin et le sirop iodo-tannique nous semblent devoir être accusés des mêmes troubles et par conséquent ne sauraient convenir au traitement de la péritonite bacillaire, sauf exception.

M. A. Philibert termine la liste des médications causales de la tuberculose péritonéale par le phosphate de chaux « qui combat les sueurs et diminue la diarrhée ». Nous rentrons alors dans notre sujet, qui est la recalcification.

En résumé, celle-ci nous semble devoir être préférée à tous les modes de traitement que nous venons de passer en revue ; en effet, ces traitements scientifiques ou médicamenteux ou bien sont dangereux, ou bien sont inefficaces. Dans le cas où ils réussissent, la guérison se fait longtemps attendre.

Au contraire, la recalcification guérit dans un laps de temps qui varie entre six semaines et trois mois en moyenne, les cas de péritonite tuberculeuse assez graves, sans autre localisation tuberculeuse. Il n'y a à notre avis qu'un mode de traite-

ment qui égale ou dépasse la méthode de Ferrier, c'est le séjour à la campagne et surtout l'héliothérapie. Mais comme nous l'avons dit, ces modes de traitement ne sauraient convenir à tous les malades, alors que le traitement de recalcification est un traitement facile à suivre par les malades pauvres, ne nécessitant que l'emploi d'une poudre peu coûteuse, pas désagréable à prendre, et d'un régime qui n'a rien de sévère.

Quant au traitement chirurgical, ce sera un traitement d'exceptions, étant donné qu'il n'est guère conseillé que dans les formes ascitiques, sans autres localisations bacillaires, c'est-à-dire celles où le traitement médical judicieusement institué réussit le plus souvent. En tout cas, on devra toujours essayer le traitement recalcifiant avant de faire faire la laparotomie, et l'associer à celle-ci si elle est jugée nécessaire.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement de Ferrier est indiqué dans la péritonite tuberculeuse chronique au même titre que dans la pleurésie séro-fibrineuse et la tuberculose pulmonaire à sa période de début, où son emploi donne les meilleurs résultats.

II. — Il agit surtout par la reprise des forces et la régularisation des fonctions digestives, qui sont les premiers signes d'amélioration, précédant de peu de temps la disparition ou la diminution des phénomènes généraux et des signes physiques, lesquels régressent le plus souvent en totalité.

III. — Il est indispensable en ce sens que non seulement il guérit la péritonite tuberculeuse, mais encore il modifie le terrain du malade et l'empêche de se décalcifier; c'est un traitement de terrain susceptible d'entraver l'éclosion ultérieure d'une tuberculose pulmonaire ou généralisée.

IV. — Non seulement le traitement de recalcification fournit des résultats excellents dans la tuberculose péritonéale, mais encore il doit être préféré aux autres traitements, qui souvent sont plus lents, plus difficiles, augmentent parfois les troubles digestifs

ou sont peu maniables dans certains cas dangereux, s'ils sont appliqués par des mains insuffisamment expérimentées (radiothérapie, tuberculinothérapie, sérothérapie, autosérothérapie).

V. — Seul le séjour à la campagne ou à la mer et l'héliothérapie sont des modes de traitement qui peuvent être comparés comme efficacité au traitement de Ferrier. Mais ils ne sont pas à la portée de tous les malades comme le traitement de recalcification, qui est simple, efficace et facile. Cependant lorsqu'il sera possible de le faire, il y aura lieu de lui adjoindre le séjour à la campagne et l'héliothérapie qui seront les adjuvants très précieux et qui avec le traitement recalcifiant offrent au malade atteint de péritonite tuberculeuse le plus de chance de guérison.

Vu : le Président de la thèse

ROGER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANDOUART. — Phosphates de chaux médicaux (Journal médical de l'Ouest, 1880, p. 176).
- AUDIGANNE. — Recherches urologiques dans la tuberculose. Thèse de Paris, 1897.
- BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de nutrition.
- BRACCI. — Sulla calcificazione (Clinica moderna, 1905, p. 97 et 110).
- BUNGE. — Cours de chimie et de pathologie. Traduction Carré, 1891.
- CHABRIÉ. — Phénomènes chimiques de l'ossification.
- CHARRIN. — Défense de l'organisme. Compte rendu de l'Académie des Sciences, 10 avril 1905.
- CHATIN et GAULIER. — Trait. héliothérapique de la péritonite tuberculeuse, 21 nov. 1911 (Soc. méd. des Hôp. Lyon).
- CHOSSAT. — Compte rendu Académie des Sciences, t. XIV, p. 151.
- COHEN. — In Casper's Wochenschrift, 1894, p. 743.
- COURTELLEMONT. — Traitement de la tuberculose par la recalcification (Gaz. méd. de Picardie, 1907, n° 6).
- COURTELLEMONT et COLIN (R.). — Traitement de la péritonite tuberculeuse par la recalcification (la Clinique, juin 1910).
- COLIN (R.). — Traitement de la tuberculose par les sels de chaux (méthode de Ferrier). Thèse de Paris, 1910.
- CRIGHTON. — On the Therapeutic value of the chloridie of calcium. Practitioner, 1885, 161, 165.

DESPINAY. — Bulletin de thérapeutique, 1860, p. 407.

DÉLEZENNE. — Activation du suc pancréatique par les sels de calcium (Société de Biologie, 23 juin-21 juillet 1907).

FERRIER. — Relations de nutrition entre le squelette et les dents, ostéocie, odontocie. Thèse de Paris.

— Pertes et gains en chaux chez l'homme (Arch. gén. de Médecine, 1907, p. 1601.

— Guérison de la tuberculose. Vigot, 1906.

— Société médicale des Hôpitaux, 1906, p. 332.

— Décalcification des tuberculeux (Bulletin médical, 25 mai 1907).

— Indications et contre-indications de la méthode recalcifiante (Société de Biologie, 1907, p. 48).

— Journal de clinique méd. et chir., 1906, p. 60 et 62.

— Revue de stomatologie, 1906, p. 400.

FOURCROY. — Recherche sur la préparation et les propriétés médicales et sur l'administration du sel calcaire, 1783.

FRITSCH (A.). — Pathogénie de l'artério-sclérose. Thèse de Nancy, 1909.

FROUIN (A.). — Sels de calcium et de magnésium et appareil thyroïdien (Presse médicale, 4 avril 1909).

GALUP (J.). — L'Autothérapie ascitique. Thèse de Paris, 1911.

GARNIER et FRITSCH. — Évaluation de la quantité de chaux nécessaire à l'organisme adulte (Société de Biologie, 1909, p. 935).

GAUBE (du Gers). — Cours de minéralogie biologique.

GAUSSAL. — Traitement de la tuberculose.

GAUTHIER (A.). — Alimentation et régime.

GOURAUD. — Des échanges phosphorés dans la tuberculose (Revue de la tuberculose, 1903, p. 451).

GUIBAL (André) (de Béziers). — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (Bull. méd., 30 mars 1912).

GRENET (H.). — Traitement de la tuberculose par les sels de chaux (Arch. générales de Médecine, 1905, p. 3223).

- HARVIER. — Recherches sur la tétanie et les glandes parathyroïdes. Thèse de Paris, 1909.
- KOSSA. — Centralbl. f. allg. Pathologie, n° 22.
- LETULIE. — Traitement recalcifant de la tuberculose (Presse médicale, 1909, n° 24).
- LIEBIG. — Die org. Chimie.
- LÆPER et BECHAMP. — Variations de la chaux intestinale (Société de Biologie, 6 avril 1909).
- Variations de la chaux intestinale (Soc. de Biol., 19 mars 1910).
- LUCET (L.). — Échanges nutritifs dans la tuberculose. Thèse de Paris, 1905.
- MARTINET. — Thérapeutique usuelle des maladies des voies respiratoires
- MATHIEU. — Maladie de l'estomac et de l'intestin.
- MICHELAZZI. — Influence du traitement calcaire sur la tuberculose expérimentale (Gazetta degli ospidal et clin., 1904, p. 425).
- MONCANY. — Emplois thérapeutiques du chlorure de calcium. Thèse de Paris, 1908.
- CELSNITZ (D') (de Nice). — Indication de l'héliothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse (Soc. de Pédiatrie, 12 nov. 1912).
- PATTERSON. — Calcium metabolism (Bio-chemical Journal, 1908, p. 39).
- PHILIBERT (André). — Traité médical de la péritonite tuberculeuse (Progrès médical, 9 mars 1912).
- PIETTRE. — Calcification des lésions tuberculeuses chez les bovidés (Compte-rendu Ac. des Sciences, avril 1909).
- PONCET et LERICHE. — Héliothérapie (Académie de Médecine, 15 oct. 1912).
- RÉNON. — Traitement pratique de la tuberculose pulmonaire, 1908.
- Tuberculose et recalcification (Journal des Praticiens, 1906, p. 265).
- Trait. de la tuberculose (Journal des Praticiens, 1907, p. 819 et 836).

ROBIN. — Études cliniques sur la nutrition dans la phtisie pulmonaire chronique (Arch. gén. de Médecine, mai et juin 1894 et avril 1895).

— Maladies de la déminéralisation organique : l'anémie plasmatique (Bulletin gén. de thérapeutique, 1902).

— Composition chimique et minéralisation du poumon chez l'individu sain et chez le phtisique (Bulletin de la Société d'études scient. sur la tuberculose, février 1907).

— Le Terrain de la phtisie pulmonaire (Bulletin général de thérapeutique, janv. fév. 1909).

— **Traité des maladies d'estomac.**

— Élimination de la chaux et de la magnésie aux différentes périodes de la phtisie pulmonaire et dans la pré-tuberculose (Congrès de Clermont-Ferrand).

— Thérapeutique usuelle du praticien (**Traitement** de la tuberculose, 1912).

RONCORONI. — Alcune esperienze intorno all'azione del calcio sulla corteccia cerebrale (Riv. sperim. di frenatria, 1903, p. 157).

RONSIN. — Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose. Thèse de Paris, 1883.

RUDOLPH. — Kombinierte Behandlung des Lungentuberculose (Munch. Wochenschr., 1902, p. 2008).

SABBATANI. — Fonctions biologiques du calcium (Arch. ital. de Biol., 1905, t. XLIV).

— Calcio negli epilettici (Arch. di. Psichiatria, 1902, p. 66).

SENATOR. — Charité Ann., 1888, VII, p. 397.

SERGEANT. — Valeur thérapeutique de la recalcification dans la tuberculose pulmonaire jugée par six années de pratique (Press. méd., 19 nov. 1910).

— Syphilis et tuberculose, 1907.

— Paris médical.

— Opothérapie surrénale (Journ. médical. français, p. 476, nov. 1911).

- Tuberculose et insuffisance surrénale (Gazette des Hôpitaux, juillet 1912).
 - La Cure de recalcification (consultations médicales françaises).
- SPADARO. — Missione biologica di soli calcio (Gaz. intern. Med., 1905, VIII).
- TEISSIER. — Diabète phosphaturique. Thèse de Paris, 1876.
- Recherches comparées sur l'élimination des phosphates dans la chlorose vraie et la phtisie commençante (Bullet. de l'Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences. Nantes, 1875).
- VILLE. — Les Phosphates en thérapeutique (Gaz. hebdom. des Sciences méd. de Montpellier, 1891, p. 35).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Traitement de recalcification chez les tuberculeux en général.....	13
HISTORIQUE. — Déminéralisation et décalcification dans la tuberculose. — Différents moyens d'y remédier. — Méthode de recalcification de Ferrier.....	13
CHAPITRE II. — Le traitement de recalcification est par- ticulièrement indiqué dans la péritonite tubercu- leuse.....	27
L'Ascite tuberculeuse et la pleurésie séro-fibrineuse pri- mitive sont les formes de tuberculose les plus jus- tifiables du traitement recalcifiant. — Ce dernier amenant chez les tuberculeux en général l'amélio- ration du troubles digestifs est particulièrement utile dans la péritonite tuberculeuse.....	28
CHAPITRE III. — Observations.....	35
CHAPITRE IV. — Résultats obtenus par la méthode de recalcification dans la péritonite tuberculeuse. — Signes généraux. — Signes fonctionnels. — Signes physiques.....	59
CHAPITRE V. — Le traitement de recalcification com- paré aux autres traitements employés dans la péri- tonite tuberculeuse.....	67
CHAPITRE VI. — CONCLUSIONS.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	79

141414